

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

N°

473

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice HUGUENET

Né à Lyon, le 3 Février 1901

Traitement de la Maladie de Fauchard
par la Prothèse de contention

PRÉSIDENT : M. le Professeur SEBILEAU

Éditions de *La Semaine Dentaire*

PARIS, 12, Rue de Hanovre (2^e)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Traitement de la Maladie de Fauchard
par la Prothèse de contention

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
Maurice HUGUENET

Né à Lyon, le 3 Février 1901

Traitement de la Maladie de Fauchard
par la Prothèse de contention

PRÉSIDENT : M. le Professeur SEBILEAU

Éditions de *La Semaine Dentaire*
PARIS, 12, Rue de Hanovre (2^e)



Le Doyen : M. ROGER.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	N.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BASSET Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA Histologie.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie et matière médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG Anatomie pathologique
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER... Urologie.
 HOVELACQUE... Anatomie.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) .. Chimie biologique.
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL ... Obstétrique.
 LHERMITTE Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale.
 METZGER Obstétrique.
 MOCQUOT Pathologie chirurgicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 RIBIERRE Pathologie médicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE Anatomie.
 TANON Pathologie médicale.
 TIFFENEAU ... Pharmacologie et matière médicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice

pour le service des examens

M. GOUGEROT... Pathologie médicale. | M. GUÉNIOT..... Obstétrique.
 M. RETTERER.... Histologie.

IV. — Agrégés chargés du cours de Clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LÆPER.....	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmolo- gique.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du Cours de Chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que toutes les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique à la Faculté
de Médecine de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Avec nos sentiments de respectueuse
gratitude pour le bienveillant accueil
qu'il nous a réservé et le très grand
honneur qu'il nous a fait d'accepter
la présidence de cette Thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici les Maîtres qui ont contribué à notre éducation médicale, et tous ceux dont l'aide et les conseils nous ont été utiles pour la rédaction de ce travail.

Notre reconnaissance ira tout d'abord à Monsieur le Docteur Béliard, Stomatologiste des Hôpitaux, Professeur à l'Ecole Française de Stomatologie. Après s'être montré pour nous le guide le plus sûr au cours de notre scolarité, il a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous permettre d'apporter notre modeste contribution à l'étude de cette question qui a fait l'objet de son rapport magistral au dernier Congrès Français de Stomatologie.

En nous excusant d'avoir été obligé de faire d'aussi fréquents emprunts à son exposé, qu'il nous soit permis de lui adresser ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre vive admiration.

Monsieur le Docteur Chateau a bien voulu nous faire profiter de sa longue expérience et nous prodiguer des conseils qui nous ont été d'une grande utilité au cours de notre travail. Nous le remercions bien vivement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous assurons enfin de notre respectueuse gratitude nos Maîtres de l'Ecole Française de Stomatologie, et en particulier Monsieur le Docteur Psaume, qui a dirigé avec tant de compétence et de dévouement nos débuts en stomatologie.

INTRODUCTION

Parmi toutes les affections bucco-dentaires, il en est peu qui tiennent autant de place dans les préoccupations des stomatologistes que la *Pyorrhée alvéolo-dentaire* ou *Maladie de Fauchard*.

Bien qu'elle soit très anciennement connue et universellement étudiée, et que de multiples traitements aient été préconisés pour sa guérison, il ne semble pas qu'aucun des procédés thérapeutiques ait donné des résultats définitifs.

C'est pourquoi nous inspirant des travaux de notre Maître Béliard, et en particulier du rapport qu'il a présenté au troisième Congrès Français de Stomatologie, il nous a paru intéressant de résumer dans cette étude les indications et la technique du traitement Prothétique de cette affection et de signaler les heureux résultats que nous avons pu observer par l'application de cette méthode.

Avant d'aborder l'exposé de « La Méthode de Contention » dans le traitement de la maladie de Fauchard, nous estimons qu'il peut être utile de rappeler quelques notions concernant l'étiologie, la pathogénie, et les conditions générales d'évolution de cette maladie.

Il n'est pas dans notre intention de faire une revue générale de toutes les théories qui ont été édifiées pour l'explication de cette affection, et notre but sera atteint si, nous inspirant de l'œuvre de nos Maîtres, nous réussissons à énoncer quelques idées générales, traduisant l'opinion à peu près unanime des spécialistes sur cette question si controversée. Nous nous excusons de la brièveté avec laquelle nous exposerons ces données générales : brièveté que nous sommes imposée pour ne pas sortir du cadre de ce travail nécessairement limité.

Elles sont du reste traitées dans tous les ouvrages clas-

siques et en particulier magistralement exposées dans la Thèse de Louis Nespoulous, parue en 1910. De même, nous nous contenterons de décrire succinctement les méthodes thérapeutiques les plus courantes, et seulement dans le but de démontrer, en nous appuyant sur quelques observations, dans quelles conditions la prothèse de contention peut suppléer à leur insuffisance.

GÉNÉRALITÉS

« Il est encore une autre espèce de scorbut de laquelle
« je pense qu'aucun auteur n'a encore pris soin de parler,
« et qui, sans intéresser les autres parties du corps, attaque
« les gencives, les alvéoles et les dents. Non seulement les
« gencives qui sont molles, livides, prolongées et gonflées
« y sont sujettes, mais celles qui n'ont point ces vices ne
« sont pas exemptes de cette affection. On la reconnaît
« par un pus assez blanc, un peu gluant, que l'on fait sortir
« des gencives en appuyant le doigt un peu fortement de
« bas en haut sur celles de la mâchoire inférieure et de haut
« en bas sur celles de la mâchoire supérieure. Ce pus sort
« souvent d'entre les gencives et le corps de l'alvéole, et
« quelquefois d'entre l'alvéole et la racine de la dent, ce
« qui arrive plus fréquemment à la partie externe des mâ-
« choires qu'à la partie inférieure et plutôt aux dents inci-
« sives et aux canines de la mâchoire inférieure qu'à celles
« de la supérieure, qui sont cependant plus ordinairement
« affligées de cet accident que les molaires. »

Cet exposé, extrait du *Traité des Maladies et Opérations de la Bouche*, de Fauchard, paru en 1778, est le premier aperçu clinique que nous possédons de la Pyorrhée alvéolaire.

Depuis, de nombreux auteurs se sont attachés à résumer les caractères principaux de cette affection, mais il ne semble pas qu'une meilleure définition ait été donnée des états pyorrhéïques que celle proposée par le Docteur J. Tellier, au deuxième Congrès Français de Stomatologie, en 1911 :

« Les états pyorrhéïques sont des états pathologiques
« chroniques de la région gingivo-dentaire qui sont carac-
« térisés par la destruction progressive des tissus fixateurs
« des dents, l'apparition presque constante de suppuration,

« à marche centripète ou centrifuge, et qui sont dus à des
« causes locales ou constitutionnelles affaiblissant la ré-
« sistance des tissus et favorisant l'infection locale. Ils
« aboutissent à la chute des dents et peuvent être accom-
« pagnés ou suivis de complications locales et de septicémies
« chroniques ».

Certaines affections peuvent être confondues avec la maladie de Fauchard ; ce sont précisément celles qui s'accompagnent de formation et d'élimination de pus au niveau du collet d'une ou plusieurs dents. Telle est la gingivite marginale suppurée. Tel encore l'abcès alvéolaire, d'observation courante.

Inversement, la pyorrhée peut passer inaperçue et être méconnue dans les cas plus discrets où l'affection se développe sans suppuration apparente.

L'examen clinique permet d'éviter facilement cette double erreur. Dans la gingivite, la mobilité ne s'observe qu'au stade ultime de la maladie. L'abcès alvéolaire est localisé à une ou deux dents et résulte de la propagation au ligament par la voie apicale de l'infection causée par l'existence d'une carie pénétrante.

Il faudra donc que la suppuration constatée au niveau des collets coexiste avec une mobilité anormale des dents, « mobilité qui va de leur ébranlement à leur chute, en « fonction de la résorption pathologique et précoce des « loges alvéolaires » (Béliard), pour nous permettre de porter le diagnostic ferme de Pyorrhée.

L'étude des causes de la pyorrhée nous met en face d'un problème très complexe, dont, semble-t-il, les nombreuses solutions doivent garder dans l'état actuel de nos connaissances un caractère provisoire.

Bien que l'on puisse affirmer que la maladie est le plus souvent symptomatique d'un état diathésique général, seules des causes locales peuvent être retrouvées parfois à l'origine de son évolution. Enfin, dans certains cas, on ne peut trouver aucun facteur étiologique apparent.

En principe, toute diathèse est susceptible de provoquer un état pyorrhéique : arthritisme, diabète, albuminurie, ou toutes les maladies de la nutrition. L'affection est condi-

tionnée par une rupture d'équilibre entre le milieu buccal et l'organisme tout entier. Comme le dit Lebedinsky : « La « cavité buccale, ou plutôt le milieu buccal subit les mêmes « lois biologiques et pathologiques que l'organisme tout « entier. L'équilibre biologique du milieu buccal est donc en « rapport direct avec l'équilibre général de l'économie. « Que la balance de l'équilibre général penche d'un côté, « l'équilibre buccal en souffrira, et cette absence d'équi- « libre se manifestera par des lésions. »

Les causes locales sont toutes les causes d'irritation de la gencive, ouvrant une porte d'entrée à l'infection de la région gingivo-dentaire. Tels sont les petits traumatismes répétés de la muqueuse, les obturations dentaires incorrectes, les pièces de prothèse mal ajustées, l'abus du tabac et de l'alcool.

Mais il faut accorder une importance plus grande à deux facteurs qui prédisposent incontestablement aux états pyorrhéiques :

1^o Le tartre qui, d'une part, entretient mécaniquement l'irritation permanente de la gencive, et d'autre part constitue un foyer septique de microorganismes les plus divers ;

2^o Les malpositions et les vices d'articulé, qui, en provoquant le travail exagéré de certaines dents, sont une cause de traumatismes constants de leur ligament.

Telles sont les causes que l'on trouve habituellement à la base de tout état pyorrhéique.

On a cité des cas de pyorrhée où l'examen clinique ne décelait véritablement aucune cause apparente, d'ordre général ou local, et Younger a pu soutenir ce paradoxe que la pyorrhée est la maladie des gens bien portants. Dans les rares cas où cet aphorisme sans valeur scientifique, puisqu'il n'y a pas d'effet sans cause, peut être appliqué, il témoigne, soit d'un examen clinique insuffisant, soit d'un défaut de perspicacité de la part de l'observateur, soit encore de l'existence de phénomènes qui échappent à nos faibles moyens d'investigation.

Qu'il nous soit permis maintenant de répondre à la question classique : la pyorrhée est-elle une maladie locale ou une maladie générale ?

Nous pensons que les causes prédisposantes générales, telles que les maladies de la nutrition, favorisent l'apparition des états pyorrhéiques en mettant le sujet dans un état de moindre résistance, en provoquant une rupture d'équilibre telle que le milieu buccal se trouve incapable de résister à l'action envahissante des germes destructeurs. « Nous ignorons le mécanisme intime, la nature même de ces actions ; nous savons toutefois que le mode de réaction des tissus de la région gingivo-dentaire subit une modification défavorable, en présence des agents pathologiques » (Tellier).

Nous estimons, d'autre part, que les causes locales sont, par elles-mêmes, incapables de provoquer un état pyorrhéique, mais agissant sur un terrain prédisposé, elles peuvent provoquer l'apparition de cet état pyorrhéique, en exaltant la virulence des microbes buccaux.

En tenant compte de ces multiples facteurs, nous en arrivons naturellement à énoncer le rôle joué par le microbisme buccal.

L'infection microbienne est la cause déterminante de la pyorrhée. C'est à Galippe que revient l'honneur d'avoir fait connaître en 1883 cette vérité scientifique, unanimement admise aujourd'hui : « C'est une maladie parasitaire, ce qui est démontré par l'examen des coupes colorées, par la culture et l'isolement des parasites, par la contagion qui s'opère dans la bouche, de dent à dent et aussi d'individu à individu ».

Les travaux de Galippe furent poursuivis par de nombreux expérimentateurs qui cherchèrent à découvrir un microbe spécifique de cette maladie. Ces recherches ne furent pas couronnées de succès. La pyorrhée n'est pas une maladie spécifique. Selon les termes de Galippe-Ferré : « c'est une affection provoquée par les saprophytes vulgaires de la bouche, exaltés dans leur virulence, se développant chez des individus ayant une prédisposition constitutionnelle ».

Le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le pneumobacille, sont les agents les plus importants ; en second lieu viennent les bacilles diphtéroïdes, les entérocoques, etc...

Dans ces derniers temps, Kritchewsky, Séguin et Kolle ont établi la présence de spirochètes dans les foyers pyorrhéiques. Ils les classent en trois groupes : *Spirochela tenuis*, *acuta*, *dentium*.

Selon ces auteurs, le principal rôle reviendrait aux associations fuso-spirillaires.

Enfin, très récemment, Cavalié et Mandoul ont isolé un spirochète qu'ils ont appelé « *spirochela perforans* » et qui exercerait une action destructive sur le tissu osseux.

En résumé, la Maladie de Fauchard est de nature microbienne et parasitaire ; développée à l'occasion d'un état buccal provoqué par un facteur diathésique général, elle est favorisée par un certain nombre de causes d'irritation locale, mais due, en définitive, à la virulence des germes pathogènes, qui trouvent, dans le milieu buccal affaibli et déséquilibré, les meilleures conditions de leur développement.

La pyorrhée alvéolo-dentaire est une maladie chronique à évolution lente.

Inconnue chez les enfants, on a observé des cas de pyorrhée vraie chez des jeunes gens de vingt ans, mais le plus fort contingent des malades atteints de cette affection se recrute parmi les adultes de 30 à 50 ans.

En la supposant livrée à elle-même, en l'absence de tout traitement, il est classique de décrire trois étapes dans son évolution.

La première période est caractérisée par une série de petits signes, décrits par Frey sous le nom de petits signes de la pyorrhée, et que le médecin spécialiste doit soigneusement rechercher.

Ils consistent d'abord dans une sensation d'agacement des espaces interdentaires. Certaines dents paraissent allongées, deviennent sensibles à la pression et légèrement mobilisables. D'autres effectuent un mouvement de rotation sur leur axe et se dévient en dehors ou en dedans de l'arcade. Les incisives inférieures ou les molaires sont les premières atteintes.

L'examen local révèle sur la gencive l'existence d'un petit liseré cervical qui se détache assez nettement de la

dent pour qu'on puisse insinuer un petit stylet dans l'espace libre. La pression digitale fait sourdre quelques traces de pus. Le processus d'abord limité s'étend peu à peu aux autres dents, et la gencive prend son aspect caractéristique épaissi, fongueux et tuméfié. Ces symptômes s'accompagnent de signes fonctionnels consistant en douleurs à la mastication, âcreté du goût et fétidité de l'haleine.

La période d'état est marquée par l'exagération des signes précédents et l'augmentation de la mobilité.

Sous l'influence de la résorption alvéolaire, les dents s'extrusent, laissant à découvert partie ou totalité de leurs racines, qui deviennent sensibles aux agents extérieurs. La suppuration est très abondante. C'est le stade des complications buccales ou digestives ; les malades intoxiqués par la déglutition constante du pus, deviennent, selon l'expression de Lebedinsky : « des pyophages ».

La dernière période marque la fin des accidents. Les dents ont perdu leurs rapports alvéolaires ; les dernières adhérences fibreuses sont littéralement rongées par le pus ; le moindre traumatisme entraîne la chute.

Immédiatement, la gencive se rétracte et se cicatrice rapidement.

Toute trace de pyorrhée disparaît.

La marche de l'affection est très variable ; tantôt son évolution rapide amène précocement la chute des dents ; tantôt, au contraire, elle procède beaucoup plus lentement et entrecoupée de rémissions plus ou moins longues, la maladie peut s'étendre sur une durée de cinq ans, dix ans ou plus.

LA PROTHÈSE DE CONTENTION

GÉNÉRALITÉS

Le principe de l'immobilisation comme palliatif des effets destructeurs de la pyorrhée est connu depuis fort longtemps. Fauchard, « l'Inventeur de la Pyorrhée », préconise déjà l'immobilisation et recommande sa technique personnelle pour la ligature des dents branlantes avec un fil d'or :

« Le dentiste étant devant la personne ou à côté. Pour
« lors, il passe le milieu de son fil dans l'espace de quelques-
« unes des dents les plus solides et les plus voisines de celles
« qu'il faut assujettir. Ensuite, il prend les deux bouts de
« ce fil, les fait passer en les tenant toujours un peu ferme
« de dedans en dehors et de dehors en dedans entre la
« dent solide et celle qui est chancelante. Lorsque les deux
« bouts de ce fil d'or ont été croisés dans ce premier inter-
« valle, on continue de même en les croisant à chaque inter-
« valle, jusqu'à ce qu'on soit parvenu à celui des deux pre-
« mières dents du côté opposé. De là, on revient de nouveau
« passer ce même fil par tous les endroits où on a déjà passé,
« ce que l'on réitère jusqu'à trois ou quatre fois si c'est
« nécessaire... Lorsqu'on est parvenu à la dernière dent
« ébranlée et que tous les tours de ce fil sont finis, on fait
« avec chaque bout de ce même fil deux tours de suite en
« embrassant celle-ci ; après quoi, on retord les deux bouts
« de ce fil ; on les coupe à une ligne ou environ de la dent,
« les retordant de nouveau avec les pincettes d'horloger,
« autant qu'il est nécessaire, et les engageant dans l'inter-
« valle, vis-à-vis duquel on les a retordus. A mesure que le
« fil d'or s'applique sur les dents, on doit l'arranger à fleur
« de la gencive avec une sonde mousse ou un des petits
« introducteurs dont on se sert pour plomber les dents ».

La ligature en palissade de Fauchard est encore d'application courante aujourd'hui.

Bourdet, en 1780, conseille également de consolider les dents branlantes avec des fils ou des feuilles d'or.

Puis, pendant une très longue période, le principe de l'immobilisation est entièrement délaissé. La curiosité des dentistes est attirée surtout vers la cause mystérieuse de cette maladie. C'est l'époque des tentatives thérapeutiques les plus variées ; de ce moment datent les premiers traitements médicaux et chirurgicaux.

Il nous faut arriver jusqu'en 1880 à la Thèse de Guébey pour voir décrit un procédé de ligature des dents ébranlées, au moyen de fil de Florence :

« Avec ce fil ramolli dans l'eau chaude, on fait autour
« des dents ébranlées un bandage en huit de chiffre, com-
« prenant dans son parcours une dent solide de chaque
« côté. De cette façon, les dents se trouvent immobilisées
« et peuvent durer un certain temps encore, sans nuire aux
« fonctions buccales ».

Enfin, il semble bien qu'Amoedo, en 1900, ait entrevu qu'une solidarisation par un bridge de dents mobiles, en déterminait l'immobilisation, sinon la consolidation, mais cet auteur s'est bien gardé de recommander ce procédé en présence de dents pyorrhéiques ou « malades du ligament ».

Si le principe de l'immobilisation des dents dans la pyorrhée nous est acquis depuis qu'on connaît la Pyorrhée, si Fauchard lui-même avait remarqué l'intérêt que l'on pouvait tirer de son application, il peut sembler paradoxal qu'on ait tenu si longtemps dans l'ombre sa réalisation.

En lisant les ouvrages dentaires classiques antérieurs à 1910, on est frappé de voir le peu de place accordé à la prothèse dans le traitement de la maladie de Fauchard. Cette forme thérapeutique était considérée comme nulle et sans valeur, quand elle visait la consolidation ; par contre, elle reprenait une partie de ses droits quand on lui demandait de se substituer dans sa forme élémentaire à la perte des dents.

Il a fallu rien moins que la médiocrité ou l'incertitude des résultats obtenus avec les traitements prétendus spécifiques

et curateurs pour remettre en vigueur une thérapeutique qui, en fin de compte, reste la seule ressource du malade.

Faut-il s'étonner de l'abandon dans lequel les auteurs ont laissé une méthode riche en succès, au profit d'autres méthodes thérapeutiques moins avantageuses ? Qu'une arme aussi efficace que la prothèse de contention n'ait pas été utilisée dans le traitement de la maladie de Fauchard surprend à première vue, quand on sait que les procédés d'ankylose employés dans les arthrites médicales et les fractures étaient connus et appliqués depuis longtemps ! Pour quelles raisons a-t-on différé si longtemps l'application de ce mécanisme d'ankylose aux arthrites chroniques de l'articulation alvéolo-dentaire, alors que celles-ci en sont éminemment justiciables ?

Le grand mérite de Fauchard et de ses élèves réside dans ce double fait, qu'à ce moment où l'art dentaire procédait dans la plupart des cas de méthodes empiriques, non seulement ils découvraient la maladie et faisaient une étude approfondie de ses manifestations, mais encore ils parlaient déjà d'immobilisation. Certes, il ne pouvait pas être question de traitement spécifique, et Fauchard croyait que l'affection une fois déclarée était incurable. Il donnait cependant la technique de sa ligature en palissade, dans le but de ralentir son évolution et d'éloigner le plus possible son terme fatal : la perte des dents.

Il est bien évident que la technique opératoire ne disposait à cette époque que de moyens réduits et infidèles.

La ligature en palissade, pour ingénieuse qu'elle soit, n'apporte qu'une immobilité relative aux dents chancelantes ! Et que penser de l'état de septicité buccale entretenu par la présence de ces multiples entrecroisements de fils ? Les premiers résultats thérapeutiques ne furent probablement pas encourageants.

La description de Fauchard ne resta cependant pas lettre morte.

Ses successeurs furent à leur tour amenés à observer cette affection et lui donnèrent des noms différents, suivant la cause qu'ils lui attribuaient.

En vertu de ce principe scientifique qui veut que l'on

recherche la cause avant de pallier à l'effet, on se mit en quête de l'agent causal. Il est naturel de penser que les premières observations scientifiques n'aient pas apporté une grande lumière sur la question. Néanmoins, l'analyse des symptômes révéla la présence constante d'un certain nombre de facteurs qui furent tour à tour incriminés, et les traitements institués nécessairement symptomatiques visèrent tous à la suppression de tel ou tel facteur prédominant.

La curiosité des auteurs était mise en éveil. On s'ingéniait à trouver la solution du problème posé par Fauchard.

Aux recherches primitives succédèrent d'autres observations rendues plus précises par l'introduction dans la Science des méthodes histologiques et bactériologiques.

Le laboratoire dissocia le polymicrobisme buccal. On crut découvrir l'agent causal et on inventa le traitement spécifique.

Les médecins prêtèrent leur appui aux dentistes et observèrent les corrélations entre le milieu buccal et l'économie, la répercussion de l'état général sur l'état local. Pour la première fois, en pathologie buccale interviennent les notions d'hérédité et de terrain. Le problème devenait plus complexe ; les solutions proposées innombrables !

Au milieu de ces hautes préoccupations scientifiques, la prothèse avait rang d'étrangère. Les premiers essais par les ligatures n'avaient pas réussi, et il ne semblait pas qu'on pût envisager la prothèse autrement que sous sa forme la plus élémentaire, l'appareil complet, auquel, en désespoir de cause, on était obligé de recourir, une fois proclamé l'échec de tous les autres traitements.

Il appartenait à des cliniciens de mérite, doublés d'opérateurs expérimentés, de démontrer que la prothèse appliquée rationnellement et dans sa forme transcendante : « la prothèse fixe », rétablît, non seulement la valeur de l'acte masticatoire, mais encore, qu'elle est un merveilleux palliatif, puisque, grâce à elle, les états pyorrhéiques n'aboutissent plus à la chute des dents.

Anticipant un peu sur notre sujet, nous donnerons maintenant une deuxième raison, qui explique le peu de faveur

dont jouissait la prothèse fixe parmi les anciens praticiens, à savoir la difficulté d'exécution des appareils de contention.

Quiconque s'est mesuré avec la construction des travaux à pont, connaît les obstacles que l'on a à surmonter pour leur réalisation.

Le bridge seul peut remplir un rôle de contention, et encore doit-il être conçu suivant certaines formules qui ne sont devenues d'une application raisonnable que de nos jours.

La prothèse de contention appliquée au traitement de la pyorrhée doit s'inspirer d'une technique très spéciale. Le facteur essentiel du succès, c'est « l'immobilisation », et l'immobilisation absolue. Les dents doivent être solidarisées entre elles au point de former un bloc d'une solidité et d'une rigidité à toute épreuve. Ces deux qualités se trouvent réunies dans le bridge fixe inamovible à longue portée, qui est l'appareil de choix.

Il convient donc, avant d'entreprendre un traitement prothétique, d'être parfaitement familiarisé avec tous les détails techniques de la construction des bridges, et en particulier avec les méthodes modernes de dévitalisation des dents. Cette opération doit s'inspirer de règles sévères et procéder d'une méthode aseptique rigoureuse.

De plus, le bridge bien conçu doit satisfaire à certaines conditions d'équilibre mécanique, qui exigent l'utilisation de trois piliers minimum. Si l'on tient compte de ce fait que les dents sont mobiles, il est aisé de prévoir les difficultés que l'on aura à vaincre, d'une part pour effectuer le meulage correct des piliers, d'autre part pour réaliser leur parallélisme, nécessaire à la mise en place de l'appareil.

L'exécution de ce travail est donc toujours chose difficile, mais si aujourd'hui nous sommes en mesure de surmonter ces difficultés et d'effectuer un travail correct, nous le devons surtout aux perfectionnements apportés à l'instrumentation dentaire.

La technique opératoire actuelle est devenue une technique vraiment chirurgicale depuis qu'elle observe strictement les règles de l'asepsie.

L'emploi des sondes stérilisées, la possibilité de deshy-

dratation absolue des tissus par les appareils compresseurs d'air chaud, le contrôle radiographique des obturations des canaux radiculaires, font de la dévitalisation des dents une opération précise et exempte de tout aléa.

Nous reportant à quelques années en arrière, nous ne sommes pas loin de penser que l'opérateur le plus habile eût hésité longtemps à entreprendre la construction du grand bridge de contention. D'ailleurs, la réalisation des bridges simples à deux ou trois piliers demeura pendant longtemps un travail d'exception, qu'il convenait de n'entreprendre que dans des cas absolument favorables. Les dents solides et saines étaient déclarées seuls piliers utilisables. En vertu de cet aphorisme, qui restera encore longtemps classique, le bridge était donc condamné dans une bouche pyorrhéique.

Ce qui ne paraissait pas réalisable autrefois l'est devenu aujourd'hui. Le bridge à multiples piliers est maintenant d'exécution courante, et le fait d'un praticien consciencieux est de garantir la durée indéfinie de son travail. Mais on comprend que, si les anciens opérateurs ne se lançaient dans la construction des bridges simples à deux piliers qu'avec la plus grande circonspection, à plus forte raison, se montraient-ils peu enclins à entreprendre un ouvrage dont la difficulté technique nous apparaît encore grande aujourd'hui.

Enfin, il est encore une autre raison qui explique le peu de succès obtenu par la méthode de contention, c'est une raison d'ordre économique ; nous nous excusons de la citer.

Les bridges de contention devant nécessairement, pour rester inoxydables, être réalisés en métal précieux, exigent des patients des sacrifices financiers auxquels il était autrefois difficilement consenti. Il est bien certain, qu'il y a seulement une vingtaine d'années, un malade même de classe aisée, n'eut pas accepté facilement les suggestions du spécialiste lui conseillant l'exécution d'une pièce d'un prix élevé, alors qu'il ne pouvait, à l'époque, en garantir l'efficacité absolue.

Mais pendant ces dernières années, peut-être à la faveur de la pénétration d'éléments étrangers, l'art dentaire s'est répandu considérablement dans toutes les classes sociales,

et les malades, comprenant tout l'intérêt qui résulte pour leur état général de la conservation de leur fonction masticatrice, acceptent maintenant les traitements dont on leur a montré la nécessité.

Il faut bien reconnaître malgré tout que le traitement prothétique n'est encore réalisable que dans les classes privilégiées et reste un traitement d'exception.

C'est évidemment un grave reproche que l'on peut faire à cette méthode, mais nous pouvons espérer que les recherches des spécialistes aboutiront à la découverte d'un métal pouvant suppléer aux métaux précieux, et permettant la généralisation de ce traitement à tous les pyorrhéiques, même dans les consultations hospitalières.

TRAITEMENT PRÉPARATOIRE DU BRIDGE DE CONTENTION

Avant d'entreprendre la construction du bridge lui-même, il est nécessaire de préparer la bouche pour réaliser, au maximum, l'hygiène buccale.

On pratiquera l'extraction de toutes les racines ou des dents incurables ayant perdu tous leurs rapports alvéolaires, véritables corps étrangers septiques, dont il importe de débarrasser le malade au plus tôt.

On fera également intervenir tous les moyens thérapeutiques ordinaires, en instituant un traitement d'attaque pour arriver à réduire au minimum l'état inflammatoire local.

L'arsenal thérapeutique abonde en procédés de toute nature. On peut les classer en :

- 1^o Traitements par les agents physiques ;
- 2^o Traitements par les agents chimiques ;
- 3^o Traitement chirurgical ;
- 4^o Traitements médicaux.

Le succès de tous ces traitements est subordonné à une opération préalable, qui est l'ablation du tartre. C'est l'opération principale sans laquelle tous les autres moyens sont sans effet.

Constitué par la précipitation de phosphates et de carbonates de chaux, le tartre se dépose avec une extrême rapidité dans une bouche pyorrhéique. De là la nécessité de multiplier les opérations de détartrage.

L'ablation du tartre, cause d'irritation mécanique, élément de septicité buccale et réceptacle de microbes, est à la base de toute intervention chirurgicale sur la bouche.

Le massage des gencives était déjà conseillé par Fauchard : « On peut néanmoins éloigner la perte des dents « par les moyens suivants qui sont de tenir les dents bien

« nettes, d'en dégorgier les gencives, quand elles en ont besoin, de les frotter fortement tous les jours avec le bout du doigt... Il faut encore avoir soin de se bien laver la bouche après les repas avec un peu d'eau et de vin mêlés ensemble et observer à chaque fois, d'appuyer fortement le doigt sur les gencives en les frottant, afin d'en expulser le pus qui sans cela les consumerait et rongerait les alvéoles ».

On a substitué depuis des appareils mécaniques, masseurs gingivaux, au massage digital.

Les résultats intéressants obtenus indirectement au moyen des Rayons X et des Rayons Ultra-Violets au cours du traitement de certaines tumeurs malignes de la face, coexistant avec des états pyorrhéiques, incitèrent les stomatologistes à tenter la radiothérapie et l'actinothérapie dans cette affection. Nous citons à ce propos les expériences intéressantes faites par les docteurs Dufougeré et Saidman. Selon ces auteurs, l'association thérapeutique des Rayons X et des Rayons Ultra-Violets aurait une action efficace sur la pyorrhée, les Rayons Ultra-Violets agissant comme caustiques du protoplasme et stimulants de l'état général, les Rayons X comme favorisant la leucocytose.

Les agents chimiques furent introduits par Magitot, qui, en 1867, proclame les effets salutaires de l'acide chromique. Le traitement consiste dans l'application d'acide chromique dans les clapiers gingivaux.

Mais on ne tarda pas à essayer des médicaments plus énergiques. Galippe conseille l'emploi du sublimé corrosif à 3 ou 4/1000 dans les cas ordinaires. Le traitement par l'acide sulfurique, préconisé par P. Robin, fait l'objet de la très belle thèse de Louis Nespoulous, parue en 1910.

Par contre, Kirk et Younger critiquent l'emploi de l'acide sulfurique et donnent leurs suffrages à l'acide lactique. Au dire de ces auteurs : « L'acide sulfurique de Nordhausen a l'inconvénient de décomposer le phosphate de chaux du tartre en plâtre de Paris à peu près insoluble, alors que l'acide lactique a l'avantage de dissoudre directement les sels calcaires sans les décomposer chimiquement ; il est encore germinicide actif et contribue à faire disparaître le tissu désorganisé ; il aide, en outre, à dénuder les surfaces non atteintes par les instruments et il concourt

« enfin à l'oblitération des ouvertures des canalicules ».

Cruet, en 1899, a été le promoteur de la méthode chirurgicale du traitement de la pyorrhée. « La meilleure méthode « et la plus rapide, dit-il, c'est l'excision continue avec la « cautérisation énergique. Je lui donne le nom de méthode chirurgicale, car il s'agit là d'une véritable opération ».

Cette méthode consiste à réséquer verticalement la gencive avec les ciseaux droits en remontant jusqu'au fond du clapier. Puis, à l'aide des ciseaux courbes, on sectionne les lambeaux latéraux en suivant le fond du cul-de-sac. On termine par une cautérisation au galvanocautère.

De l'analyse du microbisme buccal devait naître l'idée de la vaccinothérapie. Les vaccins antipyorrhéiques furent étudiés surtout en Angleterre et en Amérique.

Récemment, Goldenberg et Lebedinsky ont proposé un stock-vaccin polyvalent contre la flore buccale associée dans la pyorrhée. Les résultats sont intéressants, mais il est malheureusement impossible de reconnaître à ces vaccins une action spécifique, puisque le microbe, agent pathogène de la pyorrhée, nous reste encore inconnu. Tout au plus sont-ils capables, en favorisant la leucocytose, d'amener une amélioration momentanée de l'état local.

L'avis autorisé du docteur R. Duchange fait loi en la matière : « La vaccinothérapie ne constitue pas le mode de « traitement définitif et suffisant de la périodontoclasie. « Elle n'a pas un effet curatif, puisque, employée seule, « elle ne fait que diminuer momentanément un épiphénomène de la maladie de Fauchard ».

Depuis la découverte de Noguchi, les Allemands, surtout, se préoccupèrent de la lutte contre les spirochètes buccaux. En 1910, Gerber, attribuant la pyorrhée à une cause parasitaire, publiait un article intitulé : « Action du « 606 d'Ehrlich sur les spirochètes de la bouche ». Les premiers essais par les arséno-benzols entrepris par Gerber, Plaut et Kolle datent de cette époque.

En 1912, Chompret conseille le 606 en applications locales ; plus récemment, Béal a montré l'efficacité du Stovarsol. Ces dernières méthodes n'ont pas encore fait leurs preuves, et le temps nous fixera sur leur valeur réelle.

Dans le traitement préparatoire à la pose d'un bridge,

le choix d'un médicament ou de la méthode appartient au praticien. Notre maître Béliard préconise une méthode mixte, utilisant tantôt le procédé chirurgical de Cruet, tantôt celui de Pierre Robin.

Nous tenons à souligner ce fait que ces traitements qualifiés par nous de « préparatoires à la prothèse » ont été considérés par leurs auteurs comme les seuls traitements curateurs de la pyorrhée alvéolaire. Nous ne voulons pas méconnaître leur valeur, puisque nous faisons appel à eux, mais une certaine mise au point s'impose.

Il est démontré par des observations que chacun de ces traitements a obtenu des succès, dont l'authenticité nous est garantie par la bonne foi des auteurs. Mais il faut s'entendre sur le mot : succès, — et il convient de ne pas accréditer aveuglément des faits, sur l'interprétation desquels chaque auteur est enclin à se montrer discrètement partial. S'il est hors de doute que chaque traitement antipyorrhéique ait conduit à des guérisons, il ne semble pas non plus douteux que ces guérisons consistaient en une amélioration des symptômes inflammatoires locaux, à laquelle succédait après un temps variable une rechute tôt ou tard suivie de l'élimination des dents.

Il est facile de concevoir tout l'intérêt qu'il y a à établir précocement le diagnostic de pyorrhée. Par l'institution rapide du traitement, dès le début de la maladie, on pourra espérer sinon la guérison, du moins des rémissions plus ou moins longues dans son évolution. Le processus pyorrhéique pourra être entravé pendant de longues années à la faveur de simples opérations de détartrage et de l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène buccale. A la période d'état, les cautérisations, les gingivectomies retarderont longtemps encore la chute des dents.

La prothèse représente à nos yeux le palliatif nécessaire, mais c'est aussi le traitement de la dernière heure. En réalité, l'intérêt du malade et le devoir du médecin, sont de retarder le plus possible l'échéance du traitement prothétique. Et c'est seulement alors qu'il a pu constater l'échec de toutes les thérapeutiques et qu'il n'est d'autre moyen d'empêcher la chute des dents, que le prothésiste devra intervenir.

LOIS ET HISTORIQUE DE LA PROTHÈSE FIXE

Ainsi, quelle que soit la valeur de ces thérapeutiques, on sera donc obligé un jour de substituer aux organes perdus un appareil qui suppléera à leur absence.

En l'occurrence, on utiliserait jusqu'à présent la prothèse dans sa forme la plus simple : la prothèse mobile que nous opposons à dessein à la prothèse fixe.

La prothèse mobile reste indiquée dans tous les cas où par suite de l'insuffisance du nombre de dents ou de leur mode de distribution, un travail à pont est irréalisable.

Son indication absolue est le cas de l'édenté total. Dans ce cas, la valeur fonctionnelle de la prothèse dépend d'un certain nombre de facteurs, parmi lesquels la structure buccale de l'individu joue le principal rôle.

La prothèse de contention, conservatrice, ne vise que l'édenté partiel.

L'appareil à plaque est nettement contre-indiqué dans une bouche pyorrhéique. Comme dit très justement notre maître Béliard : « Si ces appareils rendent aux malades
« un service temporaire par le rétablissement de l'articulé
« en occlusion correcte et par une meilleure répartition des
« forces de la mastication, ils aggravent bientôt l'état local,
« tant par l'action traumatisante inhérente à leur principe,
« que par l'exacerbation des éléments septiques pathogènes
« qui trouvent sous les plaques mal entretenues, dans les
« régions cervicales des dents, et particulièrement du côté
« lingual, les meilleures conditions de leur développement ».

L'ensemble des notions que nous possédons sur la pathogénie de la pyorrhée doivent intervenir pour poser certaines règles auxquelles le prothésiste doit se soumettre. Les règles peuvent ainsi se formuler :

1^o La prothèse vient au secours de la pyorrhée en conti-

plétant les autres traitements, dont elle ne saurait se séparer ;

2^o Elle poursuit le double but de remplacer les dents disparues ou incurables, en assurant la conservation des dents curables ;

3^o Elle doit rétablir la fonction masticatrice tout en respectant l'esthétique ;

4^o Elle doit favoriser la disparition des symptômes inflammatoires locaux, sans faciliter leur retour ;

5^o Enfin, elle doit faire disparaître les facteurs d'infection de l'organisme, locaux et généraux, exogènes et endogènes, sans en faire naître de nouveaux.

Ces règles établies par notre maître Béliard permettent d'établir la valeur comparée des différentes méthodes prothétiques. Elles prouvent la supériorité indiscutable de la prothèse fixe sur la prothèse mobile ; celle-là se bornant à un rôle momentanément palliatif, mais rapidement néfaste, au lieu que la première semble satisfaire entièrement aux propositions ci-dessus énoncées. En effet :

1^o Le bridge est un appareil purement mécanique posé sur les couronnes dentaires. Il ne saurait donc entraver en aucune façon l'usage des traitements locaux ;

2^o Le bridge remplace les dents disparues par des surfaces métalliques et assure la conservation des dents curables, puisqu'il porte en soi le principe d'immobilisation ;

3^o Il rétablit la fonction masticatrice, en opposant l'une à l'autre des surfaces bien équilibrées et parfaitement articulées ;

4^o Il favorise la disparition des symptômes inflammatoires locaux sans faciliter leur retour, puisque, à l'encontre de l'appareil mobile, il n'exerce en lui-même aucune action traumatisante et ne constitue en aucune façon un élément de septicité ;

5^o Il fait disparaître les facteurs d'infection de l'organisme en déterminant l'arrêt de la suppuration, élément d'auto-intoxication, par suite de l'immobilisation parfaite des dents laissant le rebord alvéolaire à l'abri de toute action traumatisante.

Enfin, il faut reconnaître au bridge un avantage d'un ordre psychologique, dont les éléments sont d'une analyse

délicate. Les malades d'une certaine classe sociale répugnent à l'idée de porter un appareil à plaque, qui les oblige à des soins minutieux et à des gestes inélégants ; ils redoutent au plus haut point l'humiliation du port d'un appareil prothétique, qui sans cesse leur rappelle par sa présence, le fait de leur infirmité. Ils acceptent au contraire très facilement l'idée d'un appareil fixe et inamovible, faisant partie intégrante de leur individu, et qui, en raison même de sa fixité, passe aisément inaperçu.

Pour nous conformer à la méthode expérimentale, il conviendrait de pouvoir apporter ici un faisceau de preuves convaincantes. Malheureusement, pour des raisons déjà entrevues, la plupart des malades qui ont bénéficié des effets salutaires de la prothèse de contention appartiennent à une clientèle privée, ennemie de toute idée de publicité. Nous n'apportons à la fin de cet exposé qu'une seule observation d'une malade qui fut confiée à nos soins, alors que nous terminions notre stage à l'Ecole Française de Stomatologie. Les autres observations, nous les devons à l'obligeance de notre maître Béliard, qui a bien voulu nous les communiquer.

Mais la bibliographie et l'historique de la question, en nous apportant l'appoint de témoignages concordants, permettent de suppléer dans une certaine mesure à l'insuffisance de nos observations personnelles.

La première communication officielle paraît en 1900, sous la signature d'Amoédo, dans un article intitulé : « Contribution à l'étude des travaux à pont en prothèse dentaire ». L'auteur s'exprime en ces termes : « Un pont est indiqué « chaque fois que les dents naturelles qui doivent servir de « piliers sont solidement implantées dans leur alvéole et « ne présentent aucune maladie du cément. Quelquefois, « le pont se trouve indiqué sur les dents mobiles, non malades, du ligament, car il arrive fréquemment que le « soutien réciproque des piliers arrive à les solidifier ».

La thèse de Courchet, parue en 1903, est peu favorable au principe de l'immobilisation qu'il apprécie en ces termes : « C'est un moyen que nous n'appliquerons pas dans « tous les cas ; il n'est pas nécessaire d'immobiliser les « dents à peine ébranlées, bien que quelques esprits, assi-

« milant l'arthrite déterminée par la pyorrhée à une ar-
« thrite ordinaire, aient pensé que la guérison pouvait
« s'obtenir par l'immobilisation. Nous croyons que, sauf
« quelques indications nettes, elle n'est pas utile. Employez-
« la chez des personnes dont les dents remuent au point
« d'empêcher la mastication, chez celles que vous jugerez
« incurables et qui, malgré cela, ne voudront pas se résoudre à l'extraction. Vous leur permettrez par ce moyen
« de se servir de leurs dents sans souffrance et de les conserver beaucoup plus longtemps ».

Le premier Congrès Français de Stomatologie voit la question simultanément abordée par Brahy (de Liège) et par Château.

Brahy dit textuellement ceci : « Il me semble qu'on n'a
« pas assez insisté sur le traitement prothétique de la pyor-
« rhée alvéolaire. Dans cette affection, il faut surtout un
« bon appareil prothétique. Il importe, en effet, que les
« dents branlantes soient bien exactement fixées, que l'ar-
« ticulation soit parfaitement rétablie et que, dans les
« efforts de la mastication, les dents malades ne soient
« pas ébranlées et ne supportent qu'un minimum d'ef-
« forts ».

Mais l'honneur d'avoir apporté le premier des arguments positifs, destinés à préciser le problème, revient à Château :
« Un pyorrhéique gardera presque indéfiniment ses dents,
« si l'articulation étant complète (ou complétée), la répar-
« tition du poids de l'articulation est divisée d'une façon
« normale sur chaque dent proportionnellement à sa résis-
« tance physiologique. Or, on nous demande d'éviter la
« chute de la dent plus que la guérison de la pyorrhée pro-
« prement dite, passible d'atténuation, mais incurable à
« vrai dire, puisque fonction d'une diathèse incurable,
« l'arthritisme ».

Plus loin, l'auteur ajoute : « Il faut donc de toute néces-
« sité, pour être rationnel, ajouter au traitement de la
« cause générale et latente de la chute des dents, qui est
« la pyorrhée, le traitement de la cause occasionnelle ou
« déterminante, qui est le traumatisme. Il faut donc le
« plus souvent un traitement prothétique... Le bridge cons-
« titue la prothèse idéale quand il est possible, parce qu'il

« ankylose l'articulation alvéolo-dentaire et parce qu'il « relève l'articulé, s'il est inamovible ».

Le numéro d'avril 1909 du *Dental Cosmos* publie un article du docteur Franck Houston, intitulé « Immobilizing as a cure for pyorrhea alveolaris ». L'auteur se révèle un partisan enthousiaste du traitement prothétique et rapporte sept cas de guérison. Il déplore que cette méthode ne soit pas couramment employée par les spécialistes, et qu'elle soit délaissée au profit de la prothèse mobile, qui conduit inéluctablement à l'appareil complet. Pour souligner l'erreur, il se fait l'écho de la conception classique qui exige des piliers solides pour la construction des bridges, en disant : « On croit généralement que le travail de bridge n'est « applicable que sur des racines très fortes et bien saines, « et que son application sur des dents sérieusement mobiliisées par la pyorrhée ne peut être tentée ».

En Avril 1910, Ch.-E. Smith publie dans le *British Dental Journal*, deux cas de guérison de pyorrhée par bridges fixes. Cette même année paraît la belle thèse de Louis Nespoulous : « La maladie de Fauchard et son traitement par l'acide sulfurique de Nordhausen ». L'auteur expose la thérapeutique préconisée par son maître Pierre Robin. Analysant les causes prédisposantes de l'affection, il souligne le rôle néfaste des anomalies d'articulation « entraînant une « fatigue exagérée des dents, un traumatisme constant, « lors de l'acte masticateur, et mettant ainsi en état de « moindre résistance l'articulation alvéolo-dentaire ».

Considérant que : « pendant la mastication, la résistance « des efforts masticateurs qui s'exerce sur les dents irrégulièrement placées, au lieu d'être dirigée suivant l'axe « de la dent, est le plus souvent oblique à cet axe, d'où il « résulte un traumatisme qui tend à déplacer la dent de sa « position », il propose d'adjoindre au traitement causatif l'appoint de ligatures, d'attelles, et d'appareils fixes, « véritables ponts métalliques prenant comme points de « support les dents saines, par le jeu des pivots de métal « insérés dans les cavités pulpaire ou par l'emploi de cof-fes de Carmichaels ».

En 1911, paraît le 5^e fascicule du Traité de Stomatologie. Pour la première fois, dans un traité classique, le traite-

ment de la pyorrhée comporte un chapitre, sous la signature de Nogué et Dauguet, consacré au traitement prothétique de l'affection.

Enfin, en 1921, dans un rapport présenté au Congrès de Rouen, sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire, Maurice Roy expose en parfaite connaissance de cause les principes mécaniques auxquels doit obéir le grand bridge de contention, qui réalise à son avis les conditions idéales du problème thérapeutique.

Les données fournies par cet auteur témoignent d'une connaissance approfondie de la question, en même temps que d'une saine appréciation des éléments dont le concours mène au succès. Maurice Roy veut que « les bridges de
« pyorrhée assurent une immobilisation aussi parfaite que
« possible à toutes les dents comprises dans le bridge ;
« qu'ils comportent, dans leur construction, un nombre de
« dents plus considérable que celui qui pourrait être indi-
« qué pour les restaurations habituelles dans une bouche
« exempte de pyorrhée, et que les dents comprises dans la
« construction du bridge et immobilisées par lui, soient,
« autant que possible, situées dans des plans différents ». Mais il nous faut arriver au 3^e Congrès Français de Stomatologie, en 1924, pour voir ces données plus ou moins précises s'ériger en une véritable méthode, que Béliard désigne dans l'appellation de « Prothèse de Contention ».

Il doit donc être considéré comme le véritable promoteur de cette méthode, dont il a exposé, dans son rapport magistral, les indications, les principes de construction et les raisons de succès.

PRINCIPE DE L'IMMOBILISATION

Par définition, la prothèse de contention se propose de réunir entre elles des dents frappées de mobilités anormale, de les consolider en les solidarissant, c'est-à-dire d'en prolonger l'existence, tout en remplaçant d'ailleurs le cas échéant, celles qui sont disparues du fait de la pyorrhée alvéolaire.

Ce résultat thérapeutique est obtenu au moyen d'un appareil rigide et prenant point d'appui sur les dents pyorrhéiques.

Les dents pyorrhéiques étant mobiles, il semble difficile de concevoir, à première vue, que l'on puisse parler d'immobilisation par le fait d'un appareil s'appuyant sur des organes mobiles. Cette conception surprend tout d'abord, mais elle n'est nullement démentie par les faits. Un bridge de contention construit sur des dents mobiles prend, une fois scellé, une immobilité absolue.

C'est à notre maître Béliard que revient l'honneur d'avoir apporté des éléments précis dans l'analyse des raisons mécaniques qui expliquent cette immobilisation; nous ne pensons pouvoir mieux faire que de reproduire ici, son exposé :

« Lorsqu'une dent pyorrhéique devient mobile, son mouvement dans l'alvéole se produit généralement dans le sens lingo-vestibulaire, c'est-à-dire dans un plan perpendiculaire à la courbe parabolique de l'arcade dentaire. Il en résulte que les différents plans d'oscillation des diverses dents font entre eux des angles d'autant plus ouverts que les dents occupent des points plus distants de la dite arcade. La conséquence mécanique de cette notion topographique est que les multiples piliers d'un bridge ne sauraient osciller collectivement et simultanément dans le même plan. Les forces que développe la mastica-

« tion ne sauraient discipliner synergiquement chaque
« pilier pour lui imposer solidairement les mouvements
« des piliers voisins.

« Un bridge, comme toute autre pièce de prothèse, doit
« obéir aux lois de l'équilibre ; cet équilibre stable doit
« être à la fois statique au repos et dynamique dans le
« travail ; or, cet équilibre ne peut être réalisé sans une
« base de sustentation, de sorte qu'un bridge à deux piliers
« ne saurait être en équilibre stable, sa base étant virtuelle
« ou nulle, puisqu'elle est représentée par une ligne droite
« reliant ses deux supports. L'instabilité de son équilibre
« fait que la résultante latérale des forces qu'il supporte
« tend à déterminer son mouvement dans le sens linguo-
« vestibulaire. Le seul facteur susceptible d'entraver le
« déplacement, c'est la résistance propre du tissu osseux
« des loges alvéolaires, condition inexistante au niveau des
« dents atteintes de pyorrhée.

« L'équilibre stable d'un bridge sera réalisé par la seule
« condition, nécessaire et suffisante, de posséder une base
« de sustentation. Cette base implique une forme polygo-
« nale, qui trouve sa simple expression dans le triangle,
« dont les trois sommets seront représentés par trois dents
« suffisamment distantes. Si la proposition est vraie pour
« un bridge à base triangulaire, elle l'est *a fortiori*, pour un
« bridge à base polygonale, possédant 4, 6 ou 8 piliers.

« D'autre part, l'équilibre dynamique du système sera
« assuré dans l'action si la résultante géométrique des forces
« qui agissent sur le bridge, pendant le travail, passe dans son
« polygone de sustentation. Cette seconde condition de l'é-
« quilibre est subordonnée à des détails techniques de cons-
« truction qui sont d'autant mieux réalisables que le bridge
« occupe une plus grande partie de l'arcade en réfection.

« Mais pourquoi la mobilité anormale, et même très pro-
« noncée de la totalité des piliers d'un bridge ne déter-
« mine-t-elle pas la mobilité générale de tout l'assemblage ?
« L'explication nous est apportée par les considérations
« suivantes :

« L'espace à trois dimensions offre aux déplacements
« d'un mobile quelconque trois directions représentées par
« trois plans perpendiculaires entre eux.

« Tout mouvement complexe d'un corps doit s'inscrire
« dans ces trois directions et se décompose suivant les trois
« dimensions de l'espace. Ceci posé, imaginons une dent
« mobile et isolée : première prémolaire supérieure droite,
« D⁴, par exemple. Cette dent peut être sollicitée dans trois
« directions.

« Toutefois, l'occlusion intervient en établissant un con-
« tact antagoniste pour limiter son mouvement dans une
« dimension du dit espace, soit dans le sens de la ver-
« ticale.

« Si nous solidarisons cette dent par un système rigide,
« avec une autre dent, supposons deuxième molaire supé-
« rieure droite D⁷, le raisonnement montre que leur solida-
« risation fait disparaître une deuxième possibilité du mou-
« vement. En effet, les mouvements oscillants de D⁴ ne
« sont pas des mouvements parallèles. Ce sont des mouve-
« ments de circumduction décrits autour de son sommet
« radiculaire comme centre et s'inscrivant dans deux di-
« mensions de l'espace, soit dans le plan frontal, tous deux
« perpendiculaires entre eux. Or, les mouvements de D⁴
« dans le plan sagittal ou mésio-distant sont devenus
« impossibles, car ils ne sauraient se produire sans que D⁷
« décrive dans l'espace un mouvement circulaire concen-
« trique et enveloppant autour de D⁴, ou, plus exactement,
« de son sommet comme centre, et réciproquement. Dans
« ce système, la seule direction possible du mouvement
« sera dans le plan frontal ou linguo-vestibulaire. Pous-
« sant plus avant notre raisonnement, nous imaginons
« enfin un système rigide adjoignant au groupe précédent
« une troisième dent, la canine supérieure gauche G³.
« Cette adjonction a pour effet de faire disparaître le
« mouvement dans la troisième dimension. Le mouvement
« de ce sens devient impossible, car le groupe D⁴ D⁷ ne
« saurait osciller dans le plan frontal sans imposer à G³
« un mouvement de rotation dans l'espace autour de la
« ligne D⁴ D⁷, comme axe, ce qui est une conception ab-
« surde ».

Personnellement, nous avons tâché d'objectiver la ques-
tion sous une forme moins scientifique en proposant l'exem-
ple suivant : Nous partons de ce principe que la mobilité

d'une dent pyorrhéique consiste en des mouvements de circumduction, décrits autour de son sommet.

La dent, une fois préparée en vue de recevoir une coiffe, est comparable à un cône (*la racine*) surmonté d'un cylindre (*la couronne*). La dent est mobile par rapport à son sommet.

Nous supposons trois dents, A-B-C, correctement préparées et situées dans des plans différents.

Supposons, d'autre part, un système rigide, composé de trois cylindres, X-Y-Z, verticaux, parallèles, dont les axes passeraient par la verticale menée aux sommets des racines des éléments : A, B, C, et susceptibles de télescoper exactement les couronnes des éléments : A, B, C.

Le système X, Y, Z, étant mis en place, il est aisé de comprendre le mécanisme de l'immobilisation qui est absolue, le parallélisme des parois des cylindres X, Y, Z, correspondant par définition au parallélisme des parois d'A, B, C, et interdisant, de ce fait, la formation d'aucun angle, partant d'aucun mouvement.

Nous n'entrerons pas dans les détails techniques de la construction du grand bridge de contention. Cette construction s'inspire des notions fondamentales empruntées à la technique courante de la prothèse fixe, car celle-ci, dans son unité, peut et doit répondre à tous les cas.

Qu'il nous suffise de rappeler brièvement les moyens dont nous disposons pour réaliser notre conception.

Les seuls éléments de parfaite sécurité sont :

Les inlays à pivot ;

Les couronnes à pivot ;

Les couronnes métalliques creuses, et très exceptionnellement, les demi-couronnes de Carmichaels coulées en or platiné.

Les inlays coulés doivent être sertis dans des cavités adéquates, taillées aux dépens des tissus de la dent à la face linguale des incisives et des canines. Ils doivent posséder un pivot en métal rigide, inséré dans le canal radiculaire préparé à cet effet.

Les couronnes creuses en or seront à face triturante coulée, suffisamment épaisse pour offrir une puissante

masse de métal indéformable aux soudures qui ne sauraient porter sur les bagues.

Les couronnes à pivot seront à talons d'or coulé ; le pivot en métal non malléable : or platiné ou palladié. L'adjonction d'un collier cervical est à réprouver.

Les bridges seront construits de façon à n'offrir aucun reccusus où puissent s'établir des rétentions alimentaires, et aussi de manière que le nettoyage par la brosse puisse s'effectuer dans les meilleures conditions.

RÉSULTATS DE L'IMMOBILISATION

Les manifestations locales et générales consécutives à la pose d'un bridge de contention démontrent les heureux effets de l'immobilisation.

Le premier résultat que l'on peut constater consiste dans l'amélioration des signes inflammatoires locaux. La fixation des dents pyorrhéiques dans une position immuable détermine la suppression des actions traumatisantes, favorisant les décollements gingivaux.

Cavalié et Mandoul ont mis en évidence le rôle considérable joué dans l'entretien des états pyorrhéiques par les traumatismes susceptibles de « séparer la gencive du collet « de la dent, de créer une ouverture gingivo-dentaire ».

M. le Professeur Rettler, à la suite de ses études histologiques sur la pyorrhée, conclut que cette affection débute au niveau des ponts gingivaux interdentaires, dont la barrière épithéliale doit être rompue « pour que se produise la « nécrobiose de la muqueuse, de la membrane circumradiculaire ou du rebord alvéolaire ».

La constatation objective de l'amélioration des symptômes locaux, obtenue par l'immobilisation, semble devoir confirmer l'importance accordée au traumatisme. La gencive perd son aspect fongueux, épaissi ; les clapiers se résorbent ; les culs-de-sac gingivaux s'effacent ; en quelques semaines toute trace de suppuration disparaît.

Cet arrêt de la suppuration coexiste d'autre part avec la cessation du processus de résorption des bords alvéolaires. Ces résultats semblent venir à l'appui du principe de la théorie pathogénique de Château, selon laquelle le traumatisme serait la cause directe de la résorption des bords alvéolaires. Le phénomène initial de la pyorrhée consisterait en une fluxion ligamentaire déterminant l'hypertrophie des tissus péri-apicaux. Par l'interposition de cette

couche de tissu néoformé, la dent subirait une poussée hors de son alvéole, détruisant ses rapports anatomiques normaux. La dent ne serait plus maintenue que par les attaches distendues de son ligament, à la manière d'un battant de cloche, et ne conserverait d'autre contact osseux que le bord de l'alvéole.

Lors de la mastication, le traumatisme portant principalement sur cette dent exalvéolisée par rapport à ses voisines, et transmis intégralement au rebord alvéolaire, déterminerait un véritable écrasement osseux de ce dernier.

L'immobilisation, par une meilleure répartition des forces de la mastication et par l'obstacle mécanique opposé à la mobilité, fait disparaître la possibilité de cet écrasement.

En dehors de l'immobilisation entretenue mécaniquement par le bridge de contention, la dent pyorrhéique se consolide elle-même par le resserrement cicatriciel de ses attaches ligamentaires.

Certains auteurs ont parlé d'ankylose. Le terme fut prononcé pour la première fois par Château, et combattu par Maurice Roy. Cet auteur, pour nier le mécanisme d'ankylose, se base sur ce double fait que, d'une part, il ne peut pas exister d'ankylose entre deux tissus de nature différente, tels que le ciment et l'os, et que, d'autre part, il suffit d'enlever un bridge de contention au bout de plusieurs années pour constater que si les dents se sont consolidées, elles sont néanmoins toujours mobilisables.

Il ne convient donc pas d'employer le terme d'ankylose en lui donnant le sens qu'on lui attribue généralement en chirurgie, notamment, quand on l'applique à la soudure de deux fragments osseux ; c'est alors l'ankylose osseuse.

Il ne peut donc être question ici que de l'ankylose fibreuse, parfaitement susceptible de se produire entre deux tissus tels que le ciment et l'alvéole.

Comment peut-on s'expliquer la formation de ce tissu fibreux ?

Nous en sommes encore réduits à formuler des hypothèses, faute du contrôle histologique des résultats anatomo-pathologiques de l'immobilisation.

Ces réactions ligamentaires sont parfaitement assimilables aux phénomènes que l'on peut constater au niveau des

autres articulations et qui sont la conséquence habituelle de l'irritation en général. Ce tissu fibreux d'ankylose résulte d'abord de la dévitalisation de la dent. C'est un fait bien connu de tous les praticiens qu'une dent mobile se trouve souvent consolidée par le seul fait de son amputation pulpaire. D'ailleurs, en aucun cas, la pulpectomie ne rencontre une meilleure indication thérapeutique que dans la pyorrhée, puisque, comme l'a si heureusement rappelé Rousseau-Decelle dans son rapport présenté dans la *Revue de Stomatologie* de Décembre 1923 : « La dévitalisation « d'une dent pyorrhéique arrête pour un temps souvent « long le processus de la résorption alvéolaire ».

Classiquement, on attribue la consolidation qui suit la pulpectomie à une vascularisation plus grande du ligament, par suite de la disparition du paquet vasculo-nerveux de la dent ; le ligament devenant le siège d'une congestion intense donnerait naissance à un tissu fibreux de néo-formation, assez dense pour apporter une entrave mécanique à la mobilité de l'organe.

Si l'on ajoute à cette cause anatomique l'action irritative exercée sur les tissus apicaux, soit par les sondes exploratrices, soit par les médicaments à base de formol utilisés dans l'obturation du canal radiculaire, nous aurons une autre raison d'expliquer la réaction inflammatoire du ligament, au cours de laquelle il se produit des adhérences fibreuses.

Tels sont, au point de vue local, les heureux résultats que l'on peut observer par l'application des appareils de contention. A eux seuls, ils pourraient constituer une indication formelle à l'emploi de cette méthode.

Mais ils ont en outre un retentissement très favorable sur l'état général des malades.

La suppression de l'auto-intoxication consécutive à la déglutition continue des produits pathogènes, le rétablissement de la fonction masticatrice permettant une meilleure alimentation, amènent rapidement une amélioration dans les troubles gastro-intestinaux, qui constituent le cortège habituel de la maladie de Fauchard.

Il convient enfin de ne pas omettre tout le bénéfice moral que les sujets retirent de ce traitement. La satisfaction

qu'ils éprouveront d'être soulagés de la constante préoccupation qui résultait pour eux de tous les symptômes de leur infirmité, exerce la plus heureuse influence sur leur état général.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que la prothèse de contention, seule méthode permettant au pyorrhéique d'échapper à la pénible obligation de la prothèse mobile intégrale, souvent considérée comme un signe de sénilité prématurée, doit être placée au premier rang de toutes les thérapeutiques utilisées dans le traitement de la maladie de Fauchard.

CONCLUSIONS

I. La maladie de Fauchard, habituellement désignée sous le nom de pyorrhée alvéolo-dentaire, est une affection fréquente, résultant de l'union de causes générales et de causes locales.

Elle est caractérisée par deux signes principaux : écoulement purulent au niveau des collets, et mobilité progressive des dents.

II. Cette affection livrée à elle-même est susceptible d'entraîner dans le cours de son évolution des troubles locaux et généraux et aboutit fatalement à la perte totale des dents.

III. Les nombreux traitements, chirurgicaux, médicaux, physiques ou chimiques, proposés pour l'obtention de sa guérison, n'ont pas donné de résultats définitifs.

IV. L'immobilisation des dents par les appareils prothétiques est à elle seule capable de supprimer la mobilité, d'améliorer de ce fait les symptômes locaux et généraux et de permettre la conservation des dents.

V. Le traitement prothétique de la maladie de Fauchard sera donc indiqué dans tous les cas où les autres modes de traitement n'étant plus susceptibles de donner de résultat, le nombre et la distribution des dents permettent la construction d'un bridge de contention.

VI. Dans ce cas, ce mode de traitement est le seul qui permettra au malade de conserver sa fonction masticatrice, sans le secours d'un appareil mobile.

OBSERVATION I (Béliard)

M. T..., ingénieur de l'Etat, trenté-huit ans, vient me consulter en 1912. Il présente une pyorrhée généralisée jamais traitée, à marche peu rapide, intéressant surtout l'arcade inférieure où les deux incisives centrales viennent de disparaître. Les latérales sont chancelantes et apportent une gêne fonctionnelle marquée au travail de la mastication, très laborieux d'ailleurs. Le malade est robuste et son état général est satisfaisant. A l'examen, on constate que l'arcade inférieure est le siège d'un état pyorrhéique avancé et que toutes les dents sont mobiles, à l'exception de deux prémolaires, une à droite, une à gauche, qui ont résisté jusqu'alors.

L'arcade supérieure n'offre que des manifestations discrètes de polyarthrite.

Je procède au traitement local de l'affection par des excisions et des cautérisations à l'acide sulfurique de Nordhausen. Je supprime les deux incisives latérales, extrêmement mobiles, et je propose un bridge de contention qui est accepté, mais avec une restriction. Le malade consent à abandonner à mes soins ses dents mobiles, mais il entend que ses prémolaires indemnes soient respectées. J'accède à son désir et je construis un bridge qui chevauche ces prémolaires au tiers lingual supérieur, par des étriers en platine iridié. Ce bridge remplace les quatre incisives. Il s'appuie sur les canines par des inlays à pivot et se termine dans les régions molaires par des couronnes d'or.

En 1921, M. T..., acquis au principe de la contention, vient me demander la solidarisation d'un groupe de dents de son arcade supérieure, victimes de la pyorrhée.

A cette époque, je constate que l'affection n'a fait aucun progrès à l'arcade inférieure, *sauf toutefois au niveau des deux prémolaires non comprises dans le bridge*. Un traitement local à leur niveau reste sans grand effet, puisqu'une des deux est actuellement disparue et que l'autre est condamnée à une chute imminente. Le malade me reproche, le plus courtoisement du monde, la faiblesse que j'ai eue, il y a douze ans, en ne lui imposant pas l'adjonction de ces deux dents au bridge que j'ai construit.

OBSERVATION II (*Béliard*)

M. L..., quarante ans, industriel, me consulte, en 1911, pour une pyorrhée généralisée, déterminant la mobilité anormale de toutes ses dents, dont plusieurs manquent à l'appel.

J'institue un traitement local et je solidarise toutes les dents de l'arcade inférieure par une prothèse de contention.

L'arcade supérieure porte déjà un petit bridge à deux piliers. Elle est l'objet d'un traitement local.

En 1919, je revois le malade, dont l'état de santé paraît très compromis. Il a maigri, son teint est jaune, il souffre de congestion hépatique, et deux saisons à Vichy n'ont pas eu raison de ces accidents.

Je l'examine et je constate l'excellent état de son arcade inférieure, toujours immobilisée par mon travail. L'aspect des gencives à ce niveau est satisfaisant. Par contre, je suis frappé par l'aspect lamentable de l'arcade supérieure. La pyorrhée a fait des progrès considérables ; les dents sont extrêmement mobiles, les gencives sont fongueuses, boursoufflées, décollées. Un pus abondant sourd à leur niveau. Bref, tous les symptômes d'une pyorrhée très accusée sont présents, ce qui fait un singulier contraste avec l'arcade inférieure en bon état.

Je propose d'urgence la suppression de toutes les dents malades, que je remplace par un appareil complet du haut.

La santé du malade se remet rapidement. Il n'est plus jamais retourné à Vichy. Il a repris ses occupations habituelles et il paraît absolument guéri.

Je n'ai jamais douté, depuis, que les accidents pathologiques dont il souffrait, et qui semblaient très sérieux, n'étaient autres qu'un état septicémique d'origine buccale. La relation de cause à effet entre le dernier traitement et la guérison des accidents généraux est assez nette pour justifier une conception devenue pour nous classique.

Actuellement, la guérison se maintient sans alerte, et l'arcade inférieure n'est le siège d'aucune manifestation pyorrhéique objective.

Au milieu d'accidents graves de septicité buccale, la prothèse de contention est sortie victorieuse, en assurant le salut des seules dents qu'elle avait solidarisées.

OBSERVATION III (*Béliard*)

M. B..., ingénieur, a quarante-six ans actuellement ; je le soigne depuis seize ans. En 1912, j'ai été amené à construire, sur son arcade inférieure, un bridge de contention partiel comprenant onze dents antérieures.

L'arcade supérieure présentait deux petits bridges partiels et des couronnes indépendantes.

Après la guerre, l'arcade supérieure était dans un état lamentable. J'ai dû faire des sacrifices et remplacer dix dents par une prothèse mobile. Actuellement, et depuis deux ans déjà, l'appareillage porte sur la totalité de l'arcade supérieure. Le bridge inférieur demeure en parfait état ; il est d'une fixité extrême ; je ne constate pas de manifestations pyorrhéiques au niveau de ses piliers ; pourtant, trois molaires, qui n'étaient pas solidarisées avec ce bridge, ont été successivement éliminées.

OBSERVATION IV (*Béliard*)

M. R..., commerçant, se présente à moi, en 1913. Il est âgé de quarante ans. Atteint d'une pyorrhée jamais soignée, il a perdu un grand nombre de dents. L'arcade supérieure n'en porte plus que six, toutes extrêmement mobiles. L'arcade inférieure est à peu près complète. Le malade me demande de restaurer son arcade supérieure. Il a une grande prévention contre les appareils à plaque. Il souhaiterait un bridge. Je lui expose que la situation est trop compromise pour tenter cette forme de la prothèse. Sur son insistance, en formulant les plus grandes réserves et en déclarant que la durée de ce travail ne saurait dépasser trois ans, je construis un bridge de douze dents. Le malade, officier pendant la guerre, souffre particulièrement des mauvaises conditions générales. Je le revois en 1919. A ma surprise, je constate que le bridge placé il y a six ans tient comme au premier jour. Les gencives sont saines à son niveau. Quant à l'arcade inférieure, elle est ravagée par la pyorrhée !

Actuellement, M. R... rit de mon pessimisme passé. Il s'est résigné au remplacement de toute son arcade inférieure (moins une canine qui porte une couronne d'or) par un appareil mobile et il reste fier de son arcade supérieure, en parfait état d'ailleurs.

OBSERVATION V (Béliard)

M^{me} G..., trente-cinq ans, femme d'un ingénieur des mines, m'est adressée en octobre 1921, par son médecin, le Docteur Davenière, de Paris. Elle a suivi de nombreux traitements dirigés contre une pyorrhée à marche très rapide qui a déjà déterminé la chute de multiples dents et l'ébranlement accusé de toutes les autres.

Localement, je constate la mobilité anormale de toutes les dents. Il existe à leur niveau une suppuration abondante, les gencives sont décollées, la malade se plaint de réactions thermiques douloureuses. Le tartre est absent, car il a été soigneusement enlevé. Du point de vue général, la malade est dans un état critique ; elle a beaucoup maigri depuis un an. Elle s'alimente difficilement. Son asthénie est extrême et son psychisme déplorable. Son examen ne révèle la présence d'aucune affection organique, et il semble que tout le tableau clinique soit dominé par l'état buccal.

Je propose la construction de deux grands bridges de contention. L'espoir de la guérison stimule M^{me} G... qui rassemble les dernières ressources de son énergie pour se soumettre à un laborieux traitement que je n'entreprends pas sans appréhension.

Je décide la suppression d'un certain nombre de dents incurables, notamment des incisives qui ont perdu tous leurs rapports alvéolaires. Les pulpectomies des dents à solidariser sont toutes terminées, lorsque, fin novembre, M^{me} G... est victime d'une redoutable grippe, dont elle sort à grand'peine. Elle reste alitée pendant un mois et demi. Cette affection laisse la malade dans un état lamentable ! A ce moment, il pourrait sembler prudent d'abandonner nos projets. Mais tel n'est pas mon avis. Après mûre réflexion, je décide de les poursuivre, car j'en attends les effets les plus salutaires.

Je termine donc la préparation de la bouche. Les dents mobiles se déplacent sous la seule action de la langue, et leur suppression n'apporte qu'un traumatisme insignifiant. Les piliers sont ajustés en grande hâte ; je dois maintenir les dents entre deux doigts de la main gauche pour les meuler sans accident !

Le 15 février 1922, je scelle deux bridges, dont l'un compte seize dents sur sept piliers, et dont l'autre compte quatorze dents sur six piliers.

Le résultat est instantanément parfait et l'immobilisation est absolue. La mastication devient très facile.

Progressivement et très vite, la malade, dont l'état de santé périlait depuis deux ans, sent ses forces revenir. Elle reprend confiance et courage. Son moral redevient bon. Elle est gaie. Elle peut voyager, se distraire, vivre enfin !

Je l'ai revue plusieurs fois depuis sa guérison. Elle est toujours dans un très bon état de santé moral et physique.

L'état de sa bouche est en tous points satisfaisant. Je n'ai pas trouvé de suppuration, les gencives sont saines et il n'est pas douloureux que le processus pyorrhéique soit enrayé.

OBSERVATION VI

(Inédite)

M^{me} Ragoneau, âgée de 46 ans, se présente à l'Ecole de Stomatologie, le 31 Octobre 1924.

La malade souffre depuis longtemps de troubles digestifs et son état général est assez altéré.

L'examen de sa bouche révèle l'existence d'un état pyorrhéique, caractérisé par la mobilité de certaines dents et la présence de pus au bord cervical de ces dents. La pyorrhée intéresse la presque totalité de l'arcade supérieure, où plusieurs dents déjà ont été éliminées spontanément, en particulier les deux incisives latérales et les dernières molaires supérieures droites. Les autres dents de l'arcade supérieure sont mobiles, surtout les incisives centrales dont la malade demande la suppression. L'arcade inférieure est le siège de manifestations plus discrètes.

M. Béliard, consulté au sujet de cette malade, conseille la construction d'un grand bridge de contention, intéressant l'arcade supérieure et prenant ses points d'appui sur six piliers, après extraction des autres dents jugées incurables. Un bridge ordinaire à trois piliers est également conseillé sur l'arcade inférieure. La malade est alors examinée par le Professeur Rodier, qui, pour objectiver la valeur des dents supérieures, imagine de leur donner un coefficient. Pour cela, il se sert d'une échelle graduée de zéro à dix, où le zéro représente la dent absolument normale, solide et exempte de signes pyorrhéiques, et où le chiffre 10 représente la dent disparue.

Conformément à cette donnée, voici comment se présente la situation :

G ⁸ , mobile : 2.	D ¹ , très mobile : 9.
G ⁷ G ⁶ , absentes.	D ² , absente.
G ⁵ , début de mobilité : 1.	D ³ , mobile : 4.
G ⁴ , très mobile : 9.	D ⁴ , mobile : 8.
G ³ , début de mobilité : 1.	D ⁵ , début de mobilité : 1.
G ² , absente.	D ⁶ D ⁷ D ⁸ : absentes.
G ¹ , mobile : 5.	

A l'arcade inférieure, g⁵ g⁶ g⁷ d⁵ manquent à l'appel.

La malade ayant donné son assentiment, on pratique les extractions de G⁴ D¹ D⁴ et le traitement préparatoire des autres dents est entrepris.

M. Béliard construit lui-même les deux bridges.

Le bridge de l'arcade inférieure est scellé le 3 mars 1925. Il comprend trois piliers : g^3 g^+ g^8 .

Le bridge de l'arcade supérieure est scellé le 3 avril 1925. Il s'appuie par des couronnes d'or sur D⁵, G⁵, G⁸ ; par une couronne Richmond sur G¹, par des inlays à pivot sur D³, G³.

Les résultats sont instantanément parfaits ; l'immobilisation est absolue ; la fonction masticatrice est récupérée.

La malade est revue à l'Ecole de Stomatologie le 2 Octobre 1925. Son état général est grandement amélioré ; par suite de la meilleure mastication, les troubles digestifs ont beaucoup diminué. L'état local est très satisfaisant. On ne constate aucune aggravation à l'arcade inférieure. L'arcade supérieure est toujours immobilisée ; la gencive est normale ; la pression digitale n'amène pas la moindre trace de pus. La malade est guérie et elle ne présente aucun signe objectif qui permette de dire qu'elle ait été antérieurement atteinte de polyarthrite.

Vu : *Le Président de Thèse.*

P. Sebileau.

Vu : *Le Doyen.*

Roger.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur.

Lapie.

BIBLIOGRAPHIE

1746. **Fauchard**. — Le Chirurgien-Dentiste.
1757. **Bourdet**. — Recherches et observations sur toutes les parties de l'Art dentaire.
1869. **Magitot**. — Mémoire sur l'acide chromique. — *Bulletin de Thérapeutique*.
1873. **Magitot**. — Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire et sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire.
1880. **Guebey**. — Thèse inaugurale de Paris.
1884. **Malassez et Galippe**. — Comptes rendus de la Société de Biologie.
1890. **J. Tellier**. — Œuvres.
1894. **Galippe**. — Journal des Connaissances médicales pratiques et pharmacologiques.
1898. **Lebedinsky**. — Gingivo-stomatite et polymicrobisme buccal.
1899. **Cruet**. — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche et des dents.
1903. **P. Robin**. — Traitement potentiel de la pyorrhée alvéolo-dentaire.
1903. **Courchet**. — Traitement de la pyorrhée alvéolo-dentaire. — *Thèse de Paris*.
1907. **Château**. — Communication faite au Premier Congrès Français de Stomatologie.
1909. **Frank Houston**. — Immobilizing as a cure for pyorrhea alveolaris. — *Dental Cosmos* (Avril, 1909).
1910. **Louis Nespoulous**. — Traitement de la pyorrhée par l'acide sulfurique. — *Thèse de Paris*.
1910. **Ch.-E. Smith**. — The prothetic tratment of two cases of pyorrhea. — *British Dental*.
1910. **Kirk**. — Dentisterie opératoire (Traduit par Lemierre).
1911. **Tellier**. — La pyorrhée alvéolaire.
1911. **Gaillard et Nogué**. — Traité de Stomatologie.
1921. **Maurice Roy**. — Traitement de la pyorrhée alvéolaire. — Congrès de Rouen. — *Odontologie*, Déc. 1922.
1921. **Cavalié et Mandoul**. — 1) Polyarthrite alvéolo-dentaire expulsive. Etiologie. Symptomatologie. — *Gaz. Hebd. Soc. Méd.*, Bordeaux, Oct. 1922.
- 2) Note sur le traitement de la polyarthrite alvéolo-dentaire expulsive par les arsénobenzols. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. et Chirurg.*, Bordeaux, 1922).
- 3) Sur un spirochète, *Spirochaeta perforans*, agent étiologique de la polyarthrite alvéolo-dentaire expulsive. — *C. R. Soc. Biol.*, 10 Déc. 1921.

1923. **Béliard**. — Opportunité de la dévitalisation des dents en prothèse fixe. — *Revue de Stomatologie*, Déc. 1923).
1924. **Retterer**. — Des images histologiques qui précèdent et accompagnent la pyorrhée alvéolaire. — *Revue de Stomatologie*, Juillet 1924.
1924. **Dufougéré et Saidman**. — De l'action thérapeutique des Rayons X et des Rayons Ultra-Violet en Stomatologie. — *Revue de Stomatologie*, Juillet 1924.
1924. **Goldenberg**. — Le traitement de la pyorrhée alvéolaire par la vaccination gingivale. Théorie et pratique. — *Revue Odontologique*, Janv. 1924.
1924. **Béliard**. — La Prothèse de contention. Traitement prothétique de la pyorrhée alvéolaire. — *Revue de Stomatologie*, Mars 1925.
1925. **Lebedinsky**. — La Pyophagie, ses complications et son traitement. — *Revue de Stomatologie*, Avril 1925.
1925. **R. Duchange**. — Note sur la vaccinothérapie des infections buccales et paradentaires. — *Revue de Stomatologie*, Juin 1925).
1925. **Kritchewsky et Séguin**. — L'unité des spirochètoses buccales. — *Revue de Stomatologie*, Août 1925.

